

RECOMENDACIONES PARA VENEZUELA

DEL GRUPO DE CONSENSO DE INMUNOHISTOQUÍMICA PRONÓSTICA EN CÁNCER DE MAMA

GINO BIANCHI, JORGE GARCÍA TAMAYO, MIRIAN GÓMEZ, DAVID PARADA, ENRIQUE LÓPEZ-LOYO, ÁLVARO GÓMEZ RODRÍGUEZ, MARÍA ELENA VILORIA, ELENA MARÍN, HAROLD ESSENFELD, MANOLA ARÁEZ, MARIANELLA ZAVALA, ALDO REIGOSA, FRANCISCO MENOLASCINO

SOCIEDAD VENEZOLANA DE ANATOMÍA PATOLÓGICA SOCIEDAD VENEZOLANA DE MASTOLOGÍA

En reunión de consenso celebrada el día viernes 8 de febrero de 2007, en los salones del Hotel Paseo Las Mercedes de Caracas, bajo los auspicios de las Sociedades de Mastología y Anatomía Patológica, un grupo de patólogos que trabajan a nivel nacional en el manejo e interpretación de estudios inmunohistoquímicos pronósticos en cáncer de mama, establecieron las siguientes recomendaciones:

1. MANEJO DEL MATERIAL PARA ESTUDIO DE INMUNOHISTOQUÍMICA

El grupo de consenso estuvo de acuerdo en dar las siguientes normativas.

- INFORMACIÓN CLÍNICA COMPLETA PERTINENTE Y ADECUADA

Sexo, edad, localización del tumor, antecedente de carcinoma mamario, tratamiento previo y tipo de biopsia.

- FIJACIÓN Y PROCESAMIENTO

Es necesario para realizar un adecuado estudio inmunohistoquímico seguir las siguientes recomendaciones:

- Fijación inmediata de la muestra en relación: Volumen/volumen, formol/pieza idónea (1/10).
- Es conveniente utilizar formol tamponado, pH: 7,2 – 7,4 (Cuadro 1).
- Tiempo de fijación: Un mínimo de 6 a 8 horas para muestras pequeñas tipo “trucut”, nunca excediendo las 24 horas totales; el resto de las muestras no deben sobrepasar un máximo de 48 horas de fijación.
- Deshidratación, aclaración e impregnación en parafina, con soluciones y parafina a adecuada temperatura de fusión.

Cuadro 1. Fórmula para preparación del formol tamponado al 10 % (1 000 mL)

Agua destilada	900 mL
Formaldehído 37 %	100 mL
Fosfato de sodio monobásico	4 g
Fosfato de sodio dibásico	6,5 g

Recibido: 26/02/2007 Revisado: 12/03/2007

Aceptado para publicación: 23/04/2007

Correspondencia: Sociedad Venezolana de Mastología
Torre del Colegio, piso 2, Of. C-2, Av. José María Vargas, Santa Fé Norte, Caracas, Venezuela
Tel. 0212 9798635.

E-mail: <http://www.ovepem.org.ve>

Es fundamental que se entienda la responsabilidad de todo el equipo de trabajo para el adecuado manejo de la pieza o la biopsia mamaria con la finalidad de obtener resultados confiables. El papel del cirujano oncólogo es clave, ya que es quien debería supervisar el adecuado y oportuno traslado y fijación, tanto en aquellos casos en los que no se cuente con un patólogo en la institución o centro hospitalario, como en los que cuenten con ello, para que las muestras no permanezcan varios días en quirófano antes de su traslado al servicio de anatomía patológica.

2. SE RECOMIENDA GUARDAR LOS BLOQUES DE PARAFINA PARA CONTROL EN LA NEVERA A 4° C.

3. RECOMENDACIONES SOBRE EL MEJOR MOMENTO PARA LA APLICACIÓN DEL ESTUDIO INMUNOHISTOQUÍMICO

- A todo paciente previo a recibir tratamiento de neo-adyuvancia (quimioterapia neoadyuvante).
- Utilizar la biopsia previa para la inmunohistoquímica.

En condiciones ideales la muestra debe ser obtenida antes de cualquier tipo de tratamiento, ya que éste pudiera modificar la expresión de algunos o todos los marcadores; sin embargo, pueden ser solicitados en la fase de post-tratamiento.

4. EL INFORME DE ANATOMÍA PATOLÓGICA PARA RECEPTORES HORMONALES

La expresión de receptores de estrógeno (RE) y progesterona (RP) debe realizarse en porcentaje de núcleos que muestren positividad

y expresarse como inmunorreactividad para esos núcleos, independientemente del grado de intensidad.

Si en una misma biopsia se evidencia diferencias en la expresión inmunohistoquímica de los componentes intraductal e invasor, se debe informar cada uno por separado.

5. EL INFORME DE ANATOMÍA PATOLÓGICA PARA HER2/neu (c-erbB-2)

Para la demostración de HER2/neu, la FDA recomienda realizar su determinación mediante protocolo de HERCPTest, aunque también se puede con la utilización del anticuerpo diluido. Para su interpretación, debe considerarse sólo la reacción completa de la membrana citoplasmática”.

El informe de inmunohistoquímica para HER2/neu se llevará a cabo de la siguiente manera, expresado en el Cuadro 2.

Cuadro 2. Interpretación

0	Negativo
1+	Aislada reactividad en la membrana de las células tumorales.
2+	Moderada reactividad en la membrana de las células tumorales.
3+	Marcada intensidad en la membrana al menos de un 10 % de las células tumorales

En relación con los efectos de tratamiento se debe considerar lo contemplado en el Cuadro 3.

Cuadro 3. Para efectos de tratamiento se debe considerar

0 / 1+	Muestra negativa.
2+	Debe realizarse el método de FISH a fin de corroborar la expresión génica.
3+	Muestra positiva y el paciente pudiera recibir tratamiento específico.

6. OTROS ANTICUERPOS QUE FUERON REVISADOS POR EL GRUPO DE CONSENSO

e-CADERINA

Se consideró la posibilidad de realizar esta determinación en:

- Casos con diagnóstico de carcinoma lobulillar, a fin de confirmar el diagnóstico.
- Diagnóstico diferencial entre carcinoma con patrón de infiltración lobulillar.

ONCOGÉN p53, ANTÍGENO DE PROLIFERACIÓN CELULAR Ki-67 Y PCNA

Es considerado como una determinación opcional para el valor pronóstico. Su expresión debe informarse en porcentaje de inmunorreactividad nuclear.

7. IMPORTANCIA DE LA CALIDAD DE LOS REACTIVOS

En cuanto a los proveedores, el grupo de consenso estableció que los reactivos que se adquieran en nuestro país tienen que ser de óptima calidad y cumplir con las normas de transporte establecidas por parte de los fabricantes e importadores, hasta su entrega en los laboratorios donde se realicen los procedimientos.